

## **TI\_GERICHTE 32.2016.109 vom 22. August 2016**

TI Tribunale d'appello, 2016-08-22, IT

Quelle: [https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti\\_gerichte\\_32.2016.109](https://mcp.opencaselaw.ch/entscheid/ti_gerichte_32.2016.109)

FR: TI\_GERICHTE 32.2016.109 du 22 août 2016

IT: TI\_GERICHTE 32.2016.109 del 22 agosto 2016

### **Regeste**

Con la revisione d'ufficio viene soppressa la rendita intera di invalidità sulla base della perizia LAINF. L'esame dei certificati medici conferma la valenza della perizia dell'ass.infortuni, non avendo il ric. comprovato le sue lamentele, non formando i certificati prodotti un quadro clinico peggiore

### **Erwägungen**

#### **E. 17**

LPGA (DTF 130 V 343 consid. 3.5). La revisione avviene d'ufficio quando, in previsione di una possibile modifica importante del grado d'invalidità o della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità, è stato stabilito un termine al momento della fissazione della rendita, dell'assegno per grandi invalidi o del contributo per l'assistenza (art. 87 cpv. 1 lett. a OAI); o allorché si conoscono fatti o si ordinano provvedimenti che possono provocare una notevole modifica del grado d'invalidità, della grande invalidità oppure del bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità (art. 87 cpv. 1 lett. b OAI). Invece, se è fatta domanda di revisione, nella domanda si deve dimostrare che il grado d'invalidità o di grande invalidità o il bisogno di assistenza o di aiuto dovuto all'invalidità è cambiato in misura rilevante per il diritto alle prestazioni (art. 87 cpv. 2 OAI). Infine, qualora la rendita, l'assegno per grandi invalidi o il contributo per l'assistenza siano stati negati perché il grado d'invalidità era insufficiente, perché non è stata riconosciuta una grande invalidità o perché il bisogno di aiuto era troppo esiguo per avere diritto al contributo per l'assistenza, una nuova richiesta è riesaminata soltanto se sono soddisfatte le condizioni previste nel capoverso 2 (art. 87 cpv. 3 OAI). Se la capacità al guadagno dell'assicurato migliora, v'è motivo di ammettere che il cambiamento determinante sopprime, all'occorrenza, tutto o parte del diritto a prestazioni dal momento in cui si può supporre che il miglioramento constatato perduri. Lo si deve in ogni caso tenere in considerazione allorché è durato tre mesi, senza interruzione notevole, e che presumibilmente continuerà a durare (art. 88a cpv. 1 OAI). Analogamente, in caso di aggravamento dell'incapacità al guadagno, occorre tener conto del cambiamento determinante il diritto a prestazioni, non appena esso perdura da tre mesi senza interruzione notevole (art. 88a cpv. 2 OAI). Queste norme sono applicabili non soltanto in caso di revisione della rendita, ma anche di assegnazione con effetto retroattivo di una prestazione limitata nel tempo (STF 8C\_94/2013 dell'8 luglio 2013 consid. 4.1 e STFA 29 maggio 1991 nella causa St.; RCC 1984 pag. 137). L'art. 88a cpv. 2 OAI è applicabile nei casi in cui al momento del cambiamento determinante il diritto a prestazioni esisteva già un'invalidità che dava diritto ad una rendita (STF 8C\_303/2012 e 8C\_340/2012 del 6 dicembre 2012, consid. 5.3). Giusta l'art. 29bis OAI, se la rendita è stata soppressa a causa dell'abbassamento del grado di invalidità e l'assicurato, nel susseguente periodo di tre anni,

presenta di nuovo un grado di invalidità suscettibile di far nascere il diritto alla rendita per incapacità al lavoro della stessa origine, il periodo precedente la prima erogazione verrà dedotto dal periodo d'attesa impostogli dall'art. 28 cpv. 1 lett. b LAI. Infine, una diversa valutazione di uno stato di fatto rimasto invariato ed inizialmente approfonditamente esaminato non costituisce né un caso di revisione, né un caso di riconsiderazione (STFA I 8/04 del 12 ottobre 2005 pubblicata in *Plaidoyer* 1/06, pag. 64-65). Quanto agli effetti della revisione di una rendita, per l'art. 88bis cpv. 2 OAI la riduzione o la soppressione della rendita è messa in atto, al più presto, il primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (lett. a). Essa può però intervenire anche retroattivamente dalla data in cui avvenne la modificazione determinante, se l'erogazione illecita è causa dell'ottenimento indebito di una prestazione per l'assicurato oppure se quest'ultimo ha violato l'obbligo di informare, impostogli ragionevolmente dall'articolo 77 (lett. b). L'art. 88bis OAI è applicabile non solo in caso di revisione, ma anche in caso di modifica del diritto alla rendita stabilito in via di riesame (riconsiderazione) (Meyer, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2a edizione 2010, ad art. 30/31 (17 ATSG), pag. 395; Müller, *Die materiellen Voraussetzungen der Rentenrevision in der Invalidenversicherung*, 2003, pag. 95). Condizione necessaria per l'applicazione dell'art. 88bis OAI è che l'errore giustificante una riconsiderazione concerna un argomento specifico dell'AI. La riduzione o soppressione della rendita a seguito di riconsiderazione avviene quindi di principio, giusta l'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI, con effetto pro futuro, eccezion fatta per i casi in cui l'assicurato ha violato il suo obbligo di informare, nel qual caso una modifica ha effetto ex tunc (art. 88bis cpv. 2 lett. b OAI; DTF 110 V 297 e 330, 119 V 432; Müller, *op. cit.*, pag. 95 segg.). Il TFA ha pure stabilito che l'inizio della soppressione con effetto ex nunc della rendita va stabilito in applicazione analogica dell'art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI (DTF 111 V 197).

2.5. La costante giurisprudenza ha stabilito che le rendite AI sono soggette a revisione non solo in caso di modifica rilevante dello stato di salute che ha un influsso sull'attività lucrativa, ma anche quando lo stato di salute è rimasto invariato, se le sue conseguenze sulla capacità di guadagno hanno subito un cambiamento importante (DTF 130 V 349 consid. 3.5; DTF 113 V 275 consid. 1a; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b; DTF 109 V 116; DTF 105 V 30; RCC 1989 p. 323). Affinché sia possibile la revisione di una rendita AI è dunque necessario che le condizioni cliniche e/o economiche dell'assicurato abbiano subito una modifica, tale da influire sulla perdita di guadagno. Una semplice valutazione diversa delle circostanze di fatto, che sono rimaste sostanzialmente invariate, non giustifica comunque una revisione ai sensi dell'art. 17 LPGA (DTF 130 V 351; DTF 112 V 372 consid. 2b e 390 consid. 1b). Per stabilire in una situazione concreta se vi sia motivo di revisione, da un punto di vista temporale vanno in particolare paragonati i fatti esistenti al momento della decisione formale iniziale con quelli esistenti nell'istante della pronuncia della nuova decisione (DTF 130 V 351 consid. 3.5.2; cfr. anche DTF 133 V 108). Da questo punto di vista un provvedimento che si limita a confermare una prima decisione di rendita non è rilevante (DTF 125 V 369, 109 V 262, 105 V 30; Meyer-Blaser, *Rechtsprechung des Bundesgerichtes zum IVG*, 2010, p. 379). A proposito della notevole modifica del grado d'invalidità quale condizione di revisione prevista dall'art. 17 cpv. 1 LPGA, nella DTF 133 V 545 la nostra Massima Istanza ha precisato che per le rendite dell'assicurazione invalidità, anche una modifica di poco conto nello stato di fatto determinante può dare luogo a una revisione se tale modifica determina un superamento (per eccesso o per difetto) di una soglia minima (cfr. consid. 6). La revisione si occupa di modifiche nella situazione personale della persona assicurata (stato di salute, fattore

economico). Modifiche di poco conto dei dati statistici non giustificano per contro una revisione di una rendita d'invalidità, nemmeno se a seguito di queste modifiche il valore soglia viene superato (per eccesso o per difetto; cfr. consid. 7). Nella STF 9C\_158/2012 del 5 aprile 2013 il Tribunale federale ha rammentato che una riduzione o soppressione può essere adottata quando le circostanze di fatto (di natura valetudinaria e/o economica) rilevanti per il diritto alla rendita si sono modificate in maniera considerevole (cfr. DTF 130 V 343 consid. 3.5 pag. 349 con riferimenti). Secondo il principio dell'onere probatorio materiale, la situazione giuridica precedente deve permanere se una modifica rilevante della fattispecie non è dimostrabile con il grado della verosimiglianza preponderante (SVR 2012 IV n. 18 pag. 81, STF 9C\_418/2010, consid. 3.1; cfr. anche sentenza 9C\_32/2012 del 23 gennaio 2013, consid. 2). Inoltre, nella successiva STF 9C\_745/2012 del 30 aprile 2013, l'Alta Corte ha ricordato che a differenza di quanto prescritto dall'art. 17 cpv. 2 LPGa per le altre prestazioni durevoli, l'art. 17 cpv. 1 LPGa non esige in relazione alla revisione di una rendita d'invalidità una modifica notevole dello stato di fatto, ma (solo) una modifica notevole del grado d'invalidità. Questa modifica può risiedere sia in un cambiamento dello stato di salute sia in una modifica della componente lucrativa (STF 9C\_886/2011 del 29 giugno 2012 consid. 3.1; DTF 133 V 545 consid. 6.1-6.3). Da ultimo, nella DTF 141 V 9 (SVR 2015 IV Nr. 21) il Tribunale federale ha stabilito che se i fatti determinanti per il diritto alla rendita si sono modificati a tal punto da lasciare apparire una notevole modificazione dello stato di salute da giustificare una revisione, il grado d'invalidità deve essere stabilito nuovamente sulla base di fatti accertati in maniera corretta e completa, senza rinvii a precedenti valutazioni dell'invalidità (DTF 117 V 198 consid. 4b pag. 200; sentenze 9C\_378/2014 del 21 ottobre 2014 consid. 4.2; 9C\_226/2013 del 4 settembre 2013). Per questa ragione, nel quadro di una nuova valutazione dello stato di salute e della capacità di lavoro, un trauma alla spalla aggiuntivo al quadro clinico esistente non osta alla soppressione di una rendita (cfr. consid. 5 e 6).

2.6. Nel caso di specie, dopo avere richiamato gli atti medici ritenuti determinanti e in particolare la documentazione acquisita dall'assicuratore infortuni che ha sottoposto l'assicurato a delle visite mediche di valutazione del suo stato di salute, sentito il parere del consulente in integrazione professionale (doc. 94), con la decisione impugnata l'Ufficio AI ha soppresso la rendita intera concessa al ricorrente dall'aprile 2012. Considerata un'incapacità lavorativa del 100% nella precedente attività di manovale, mentre una capacità lavorativa del 100% in attività adeguate, applicando il metodo ordinario di raffronto dei redditi l'Ufficio AI ha infatti concluso che il grado di invalidità dell'assicurato fosse del 17% dall'8 agosto 2014 e quindi che il miglioramento ha portato a sopprimere la rendita intera e a negare anche dei provvedimenti reintegrativi professionali. Nel ricorso l'assicurato ha contestato il risultato a cui è giunta l'amministrazione, evidenziando come gli accertamenti medici sarebbero lacunosi, poiché non avrebbero tenuto conto delle sue reali condizioni di salute che i suoi medici curanti hanno invece debitamente attestato e che non gli permettono di certo di esercitare una qualsiasi attività lavorativa. Il ricorrente ha in particolare messo in evidenza il precario stato della gamba sinistra, in cui peraltro la fistola si è riaperta lasciando scoperta una "ferita viva e profonda, con tanto di piaga...a dir poco impressionante". Egli ha quindi preteso l'attribuzione di una rendita intera di invalidità anche dopo il 30 settembre 2016.

2.7. L'Ufficio AI ha richiamato dall'assicuratore infortuni \_\_\_\_\_, che si è assunto il caso di infortunio professionale del 2010, l'intera documentazione medica. L'insorgente ritiene che i numerosi referti rilasciati dai medici consultati comprovino le sue precarie condizioni di salute e quindi l'impossibilità di svolgere un'attività lucrativa, come invece

ritenuto possibile dai periti interpellati dall'assicuratore infortuni, il cui parere è stato seguito dall'Ufficio assicurazione invalidità. A sostegno delle sue allegazioni, il ricorrente ha prodotto (solo) due certificati medici. Preso atto delle conclusioni peritali, l'8 agosto 2014 (doc. 57) l'assicuratore infortuni ha informato l'assicurato che, poiché dalla continuazione della cura non v'era più da attendersi un sensibile miglioramento delle sue condizioni post-infortunistiche, dal 1° ottobre 2014 le indennità giornaliere venivano sospese e con decisione del 6 marzo 2015 (doc. 76) gli è stata attribuita una rendita di invalidità del 19% a decorrere dal 1° ottobre 2014. Nel suo rapporto del 12 agosto 2014 (doc. 214) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista FMH in chirurgia ortopedica, ha riferito della visita avvenuta l'8 agosto precedente. Dopo avere riassunto gli atti medici messi a sua disposizione, riportato le dichiarazioni dell'assicurato ed esposto l'esito dell'esame clinico del paziente anche alla luce degli esami in suo possesso, la specialista ha espresso la propria valutazione. La diagnosi posta era la seguente: Politrauma il 29 ottobre 2010 con: Trauma toracico con emopneumotorace a sinistra, emotorace a destra, contusioni polmonari bilaterali, infrazione del manubrio dello sterno, frattura costa XII a sinistra, contusione cardiaca. Trauma addome con rottura della vescica, contusione epatica. Trauma bacino con frattura ramo ileo-ischio pubico a destra, diastasi sacro-iliaca a sinistra, frattura composta della spina iliaca antero-superiore a sinistra. Trauma colonna con frattura dei processi trasversi di L1, L2, L3, L4, L5 di sinistra. Trauma arto inferiore sinistro con: Lesione arteria e vena femorale superficiale a sinistra, rottura completa LCA. Frattura pluriframmentaria intraarticolare scomposta, aperta di grado II tipo Pilon della tibia distale sinistra AO 43-C3. Frattura pluriframmentaria scomposta della diafisi peroneale distale sinistra. Frattura calcagno, tubercolo inferiore e anteriore piede sinistro. Frattura dell'osso cuboide piede sinistro. Frattura della base del II metatarso piede sinistro, lussazione tipo Lisfranc a sinistra. Frattura dell'osso scafoide tarsale sinistro. Diagnosi non di competenza infortunistica: Cardiopatia Alluce valgo interfalangeo, pronunciato a sinistra. Soggettivamente l'assicurato riferiva di problemi a camminare in salita e in discesa in sede della caviglia sinistra, perciò usava una o due stampelle. V'erano dolori in sede del piede sinistro soprattutto nella parte laterale dovuti al cambiamento del tempo, cosicché al bisogno assumeva un Dafalgan. La caviglia sinistra si gonfiava quando camminava per un'ora. Non sopportava le calze compressive perché gli facevano troppo male alla caviglia e al piede. Dal profilo oggettivo la perita ha riscontrato una secrezione sieroso-sanguinea della fistola anteriore distale della tibia sinistra. Bloccata la sotto-astragalica Chopart e Lisfranc di sinistra, ipomobilità della tibiotarsica sinistra. Scarpe ortopediche difettose. La specialista ha proposto che il prof. dr. \_\_\_\_\_ dell'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ rivedesse l'assicurato per una valutazione della fistola, nuovamente aperta. Essa ha prescritto delle nuove scarpe ortopediche e ha chiesto una nuova radiografia del piede e del ginocchio sinistro. L'esigibilità lavorativa è stata definita in quella sede, specificando che la stessa era indipendente da un ulteriore trattamento della fistola. La chirurga ortopedica ha considerato l'assicurato abile da subito nella misura dell'esigibilità lavorativa che tenesse conto delle limitazioni funzionali seguenti: nessuna limitazione per sollevare pesi molto leggeri fino a 5kg fino all'altezza dei fianchi e oltre l'altezza del petto, talvolta poteva portare tali pesi e sollevare pesi leggeri tra 5 e 10kg fino all'altezza dei fianchi, ma di rado poteva portare tali pesi, così come sollevare pesi medi tra 10 e 25kg fino ai fianchi. Nessuna limitazione per il maneggio di attrezzi leggeri di precisione né per quanto riguarda la mano, per il maneggio di attrezzi medi; nessuna limitazione per la rotazione della mano, né per lavori sopra la testa per gli arti superiori. Per gli arti inferiori solo talvolta era possibile la

posizione in piedi, così come la posizione bipodalica. Nessuna limitazione per la rotazione del tronco, la posizione seduta e inclinata in avanti e la posizione seduta di lunga durata. Di rado possibile la posizione in piedi e inclinata in avanti, la posizione inginocchiata e la flessione delle ginocchia. Talvolta possibile la posizione in piedi di lunga durata, camminare fino a oltre 50m come pure per camminare per lunghi tratti. Mai più possibile camminare su terreno accidentato e salire su scale a pioli. Di rado possibile salire le scale con l'aiuto del corrimano. Equilibrio e stare in equilibrio possibile a condizione. Nessuna limitazione per l'uso delle due mani. Nel certificato medico del 9 giugno 2015 (doc. 223) allegato all'opposizione che l'assicurato ha interposto alla decisione del 6 marzo 2015 (doc. 76) dell'assicuratore infortuni, la dr.ssa med. \_\_\_\_\_, FMH medicina fisica e riabilitazione, ha diagnosticato postumi in trauma complesso al terzo distale dell'arto inferiore sinistro in seguito a un incidente sul lavoro nel 2010, per i quali l'assicurato è stato sottoposto a diversi interventi chirurgici di ricostruzione di fratture pluriframmentarie multiple esposte. Egli presentava ancora dei dolori quasi costanti a livello pretibiale, la fistola al terzo inferiore della gamba era ancora aperta in infezione cronica ed era in corso una terapia antibiotica. L'anno precedente l'interessato ha subito un infarto del miocardio e dall'incidente era in cura psichiatrica/psicologica. Il medico curante ha riferito che al momento della valutazione l'assicurato non riusciva a stare seduto per più di 30 minuti, doveva alzarsi per i dolori a livello lombare, inoltre doveva mantenere la gamba rialzata in posizione assisa. Riusciva a mantenere la stazione eretta senza ausili solo per alcuni minuti per insorgenza di dolori all'arto inferiore sinistro, non riusciva a caricare l'arto inferiore sinistro, camminava sempre con un bastone canadese per circa 30 minuti, il cammino in salita era impossibile a causa dell'insorgenza di un forte dolore a livello del piede sinistro, mentre in discesa andava un po' meglio. In tali circostanze, l'assicurato presentava un'autonomia e una performance motoria limitate nella posizione seduta di circa 30 minuti, un'autonomia in stazione eretta di qualche minuto, una performance motoria e un'autonomia nella deambulazione con ausilio di circa 30-40 minuti limitato a un terreno pianeggiante. A suo dire, nella valutazione di un'abilità lavorativa andava presa in considerazione la performance motoria e l'autonomia nelle varie posizioni. All'esame clinico il bacino destro si presentava retroposto, il sinistro anteposto con i piani posturali sovraelevati a sinistra, torsione del cingolo scapolare sinistro, spalla sinistra decentrata, contrattura delle catene posteriori a destra, deficit degli erettori, contrattura del trapezio a sinistra, anche libere, disallineamento della gamba sinistra tra tibia e fibula, con valgitazione del ginocchio e varizzazione della gamba, disfunzione della femoro-rotulea sinistra, blocco nel range di movimento fibulo-tibiale, blocco della tibio-tarsica, dell'avampiede, del terzo raggio, tendenza alla valgitazione dell'alluce, deficit del quadricipite femorale, degli adduttori dell'anca. Zoppia a sinistra durante la marcia, che peggiorava indossando la scarpa ortopedica, peggioramento anche dello squilibrio dei cingoli. Dalla misurazione su pedana posturometrica-stabilometrica è stato valutato un sovraccarico di 10kg sull'arto inferiore sinistro, peggiorato dalla scarpa ortopedica perciò, secondo la curante, se l'interessato continuerà a portarla aumenterà il sovraccarico a livello del rachide soprattutto lombare, poi salendo fino a livello cervicale perché la scarpa gli aumentava il sovraccarico di 8kg, anziché di stabilizzarlo o di ridurlo. Il 17 novembre 2015 (doc. 225 pag. 490) e il 18 febbraio 2016 (doc. 225 pag. 507) l'assicurato è stato visitato dal prof. dr. med. \_\_\_\_\_, attivo presso l'Ospedale \_\_\_\_\_ di \_\_\_\_\_ alla \_\_\_\_\_. In questo secondo referto, relativo alla visita avvenuta una settimana prima, è stato indicato come il decorso fosse stabile ed invariato dall'ultimo controllo del 12

novembre 2015. Il paziente ha riferito di un decorso senza problemi dall'ultima consultazione e che i dolori all'arto inferiore sinistro erano rimasti stabili, mentre si manifestavano in maniera discreta quando camminava per lunghi tratti; solo di rado v'era secrezione della ferita. All'esame obiettivo non v'erano segni infettivi, piccola area di disturbo della guarigione della ferita con crosta fibrinosa in sede pretibiale, prossimale della tibiotarsica a sinistra. Flessione/estensione tibiotarsica 10°. Su invito dell'assicuratore infortuni, il 2 marzo 2016 l'assicurato è stato peritato durante 60 minuti dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, specialista in psichiatria e psicoterapia, la quale nel suo referto del 9 marzo 2016 (doc. 225 pag. 523) ha riassunto gli atti medici allestiti dal 2010 al 2014 messi a sua disposizione, ha descritto l'infortunio avuto dall'assicurato, come quest'ultimo trascorreva la giornata, i suoi disturbi attuali, l'anamnesi sociale e medica. Dall'esame clinico effettuato la psichiatra non ha riscontrato sintomi psicotici, il pensiero era corretto nella forma e nei contenuti, l'umore era buono, l'assicurato scherzava, l'energia vitale era conservata, la psicomotricità era nella norma e riusciva a stare seduto per tutto il tempo della visita senza problemi. Ciò stante, la specialista non ha riscontrato segni psicopatologici di rilevanza clinica, perciò dal punto di vista psichiatrico non sussisteva alcuna limitazione ad esercitare un'attività lavorativa. Il 18 marzo 2016 l'assicurato è stato nuovamente visitato dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_, la quale nel suo referto del 22 marzo seguente (doc. 224 pag. 459) ha riassunto i più recenti certificati medici e la perizia psichiatrica e ha raccolto le dichiarazioni dell'assicurato, che ha affermato che le dita e la caviglia sinistra erano bloccate, quando dormiva accusava dolore in sede della gamba antero-inferiormente e della caviglia medialmente. Dopo camminate lunghe accusava un gonfiore attorno alla caviglia e alla gamba distale. Assumeva Dafalgan solo al bisogno, ossia due volte alla settimana oppure una al giorno se si muoveva spesso; il dolore in quei casi aumentava. Se non si muoveva accusava solo un blocco quando si alzava e quindi doveva muovere un po' la gamba e il piede finché si sbloccavano. A suo dire, la situazione era sempre invariata rispetto a due anni prima; l'unica cosa che era cambiata era che la ferita ora si era chiusa e rimaneva chiusa. Non aveva dolori al ginocchio sinistro. Nel 2014 è stato posato uno stent a due riprese. All'esame clinico la chirurga ortopedica ha osservato che l'assicurato ha camminato dalla sala d'attesa fino alla sala di consultazione senza stampella in modo fluido, inizialmente con leggero Duchenne, poi senza Duchenne, senza zoppia. Durante l'anamnesi – durata almeno 30 minuti – è riuscito a stare seduto senza cambiare mai posizione. Poi si è alzato e si è svestito senza problemi. Abbassamento del bacino a sinistra di 1cm. Marcia sulle punte e sui talloni possibile, in seguito dolore alla pianta mediale a sinistra alla marcia sulle punte, alla marcia sui talloni in sede del tendine di Achille. Accovacciamento possibile con riferimento del dolore in sede mediale della pianta del piede sinistro. Posizione monopodolica possibile, leggermente insicura a sinistra. È stato riferito un dolore all'estensione attiva in sede del III distale pretibiale della gamba sinistra. Caviglia sotto-astragalica sinistra bloccata, a destra parzialmente bloccata. Piccola area di disturbo della guarigione della ferita prossimale della tibiotarsica sinistra in sede pretibiale con tessuto fibrinoso granulomatoso, senza secrezione e senza segni di infezione. Le cicatrici sul piede sinistro dorsalmente e medialmente erano calme; colorito cutaneo del piede sinistro fino alla tibiotarsica viola, in posizione sdraiata normalizzazione del colorito cutaneo. L'esperta ha preso altresì atto delle recenti radiografie dell'arto. La diagnosi posta era di osteomielite cronica silente tibiale distale sinistra con/su esiti da fistola cutanea pretibiale sopra la tibiotarsica sinistra, ora chiusa e senza secrezione. Anchilosi sottoastragalica, Chopart, Lisfranc e pilastro laterale piede sinistro, ipomobilità della

tibiotarsica a sinistra. Traslazione anteriore ginocchio sinistro in lesione completa del LCA in esiti da politrauma del 29 ottobre 2010 con diverse fratture ed interventi chirurgici. Diagnosi non di competenza infortunistica: cardiopatia con anamnestici esiti da 2 stent. Alluce valgo interfalangeo, pronunciato a sinistra. Adiposità per magna, addominale. Nella sua valutazione la specialista ha riassunto le dichiarazioni soggettive dell'assicurato e i reperti oggettivi, in cui ha riscontrato che i plantari delle scarpe ortopediche erano completamente rovinati e le soles consumate in modo simmetrico sul lato del pilastro laterale, pronunciato posteriormente. Ella ha proposto di continuare i controlli regolari presso il prof. dr. med. \_\_\_\_\_ e, secondo la sua indicazione, di assumere Floxapen, Vitamina D e Calcimagon D3. Come già espresso durante la visita del 2014, era assolutamente necessario cambiare le scarpe ortopediche almeno annualmente e i plantari a sinistra ogni 6-12 mesi. L'esperta ha confermato un miglioramento per quanto riguarda la chiusura della fistola cutanea pretibiale distale di sinistra, nessun peggioramento importante per quanto riguarda la visita peritale dell'8 agosto 2014, ossia da notare un miglioramento della flessione del ginocchio sinistro e l'arco di movimento della tibiotarsica sinistra peggiorato solo di 3°. La chirurga ortopedica ha confermato che non si era in presenza di un peggioramento dello stato ortopedico atto a redigere l'esigibilità. Il 9 giugno 2016 RI 1 si è nuovamente recato a \_\_\_\_\_ dal prof. dr. med. \_\_\_\_\_, il quale il 16 giugno 2016 (doc. 225 pag. 557) ha attestato un'anamnesi identica a quattro mesi prima, in cui secondo il paziente dall'ultima consultazione il decorso era senza problemi, i dolori all'arto inferiore sinistro erano stazionari e la ferita spurgava di rado del liquido. Anche l'esame clinico e radiologico ha dato i medesimi risultati. Nella sua valutazione, come nel precedente referto l'esperto ha rilevato che il decorso era regolare con miglioramento ordinario della guarigione della ferita dell'arto inferiore sinistro. Anche dal profilo radiologico la situazione si presentava migliore rispetto all'esame precedente. La cura con Vitamina D aveva dato buoni risultati. È stato consigliato il proseguimento dell'assunzione della cura antibiotica con Floxapen fino al prossimo controllo clinico e radiologico del 6 ottobre 2016. Il paziente doveva anche continuare ad assumere Calcimagon D3 Forte e gocce di Vitamina D. Al paziente sono state prescritte le calze elastiche. Durante la visita del 19 settembre 2016 (doc. B1) la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha fotografato la gamba dell'assicurato (doc. B2) e ha rilevato un'ulcera di circa 3.5cm arrossata con margini non tersi a livello del 1/3 distale della gamba sinistra, affetta da postumi di trauma. La dottoressa ha vivamente consigliato all'interessato di farsi seguire regolarmente da un centro di medicazione avanzata presso un ospedale per evitare il peggioramento del quadro clinico. Infine, il 6 ottobre 2016 l'assicurato si è nuovamente recato dal prof. dr. med. \_\_\_\_\_ per un controllo, il quale il 17 novembre 2016 (doc. C) ha riferito che il paziente ha raccontato che la nota ferita aveva dei persistenti problemi di guarigione, che da circa 9 mesi è immutata. Questa ferita veniva curata con una crema non meglio definita e con un bendaggio. Quanto ai dolori l'interessato ha affermato che essi erano immutati nel caso di lunghe camminate. Fino ad aprile 2016 beneficiava di una rendita di invalidità del 100% e ora gli è stata ridotta al 19%, perché secondo l'assicuratore infortuni sarebbe abile per attività leggere. Dall'esame clinico effettuato dallo specialista è emerso un quadro identico alle precedenti consultazioni. Il medico ha affermato che sia clinicamente sia radiologicamente il decorso si presentava stabile senza possibilità di una nuova situazione di infezione. È stata aumentata la dose di Calcimagon D3 Forte e di Vitamina D3, mentre gli antibiotici potevano essere interrotti. L'esperto ha accertato una fistola cronica nell'arto inferiore sinistro nell'ambito di una nota cronica low grade osteomielite. Non c'era da aspettarsi alcun miglioramento. A suo dire,

una ripresa dell'attività di manovale non era possibile. A causa dei problemi linguistici e della scolarizzazione una riqualifica professionale sarebbe stata difficile da attuare, quindi il medico ha consigliato il proseguimento del riconoscimento della rendita. Un controllo clinico e radiologico è stato programmato per il 20 aprile 2017. Esprimendosi su quest'ultimo referto medico, il dr. med. \_\_\_\_\_ del Servizio Medico Regionale, che ne ha riassunto il contenuto, il 6 dicembre 2016 (doc. XII/1) ha ritenuto che esso mostrasse una situazione nota e sovrapponibile a quella riscontrata in occasione della visita di chiusura \_\_\_\_\_ del marzo 2016. Ha inoltre rilevato come si debba tenere presente la cardiopatia ischemica evidenziata nel 2014 trattata con stenting con decorso regolare; alla fine del periodo di riabilitazione il 5 dicembre 2014 l'assicurato presentava disturbi cardiaci. La situazione cardiaca risultava ben compatibile con lo svolgimento di un'attività lavorativa fisicamente leggera come da esigibilità della \_\_\_\_\_. 2.8. Per costante giurisprudenza (STF 9C\_13/2007 del 31 marzo 2008), al fine di poter graduare l'invalidità, all'amministrazione (o al giudice in caso di ricorso) è necessario disporre di documenti che devono essere rassegnati dal medico o eventualmente da altri specialisti, il compito del medico consistendo nel porre un giudizio sullo stato di salute, nell'indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure nel fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato ( DTF 125 V 256 consid. 4 pag. 261; 115 V 133 consid. 2 pag. 134; 114 V 310 consid. 3c pag. 314; 105 V 156 consid. 1 pag. 158). Spetta in seguito al consulente professionale, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili (Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). Quanto alla valenza probante di un rapporto medico, determinante è che i punti litigiosi importanti siano stati oggetto di uno studio approfondito, che il rapporto si fondi su esami completi, che consideri parimenti le censure espresse dal paziente, che sia stato approntato in piena conoscenza dell'incarto (anamnesi), che la descrizione del contesto medico sia chiara e che le conclusioni del perito siano ben motivate. Determinante quindi per stabilire se un rapporto medico ha valore di prova non è né l'origine del mezzo di prova, né la denominazione, ad esempio quale perizia o rapporto (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 e U 330/01 del 25 febbraio 2003; DTF 125 V 352 consid. 3a; DTF 122 V 160 consid. 1c; Meyer-Blaser , Die Rechtspflege in der Sozialversicherung, BJM 1989 pag. 31; Pratique VSI 3/1997 pag. 123) , bensì il suo contenuto (DTF 122 V 160 in fine con rinvii). A proposito delle perizie mediche eseguite nell'ambito della procedura amministrativa, il TF ha stabilito che, nell'ipotesi in cui sono state eseguite da medici specializzati riconosciuti, hanno forza probatoria piena se giungono a conclusioni logiche e sono state realizzate sulla base di accertamenti approfonditi, fintanto che indizi concreti non inducono a ritenerle inaffidabili (DTF 123 V 176; DTF 122 V 161, DTF 104 V 212; SVR 1998 IV Nr. 1 pag. 2; SZS 1988 pagg. 329 e 332; ZAK 1986 pag. 189; Locher , Grundriss des Sozialversicherungsrechts, Berna 1994, pag. 332). In una sentenza pubblicata nella Pratique VSI 2001 pag. 106 segg., il TFA ha però ritenuto conforme al principio del libero apprezzamento delle prove definire delle direttive per la valutazione di determinate forme di rapporti e perizie. In particolare per quanto concerne le perizie giudiziarie, la giurisprudenza ha statuito che il giudice non si scosta senza motivi imperativi dalla valutazione degli esperti, il cui compito è quello di mettere a disposizione del tribunale le loro conoscenze specifiche e di valutare da un punto di vista medico una certa fattispecie. Ragioni che possono indurre a non fondarsi su un tale referto sono ad esempio la presenza di affermazioni contraddittorie, il contenuto di una superperizia, altri

rapporti contenenti validi motivi per farlo (Pratique VSI 2001 pag. 108 consid. 3b)aa e riferimenti citati; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007; STFA U 329/01 ed U 330/01 del 25 febbraio 2003). Nella DTF 125 V 351 (= SVR 2000 UV Nr. 10 pag. 33 segg.), la Corte federale ha ribadito che ai rapporti allestiti da medici alle dipendenze di un'assicurazione deve essere riconosciuto pieno valore probante, a condizione che essi si rivelino essere concludenti, compiutamente motivati, di per sé scevri di contraddizioni e, infine, non devono sussistere degli indizi che facciano dubitare della loro attendibilità. Il solo fatto che il medico consultato si trovi in un rapporto di dipendenza con l'assicuratore non permette già di metterne in dubbio l'oggettività e l'imparzialità. Devono piuttosto esistere delle particolari circostanze che permettano di ritenere come oggettivamente fondati i sospetti circa la parzialità dell'apprezzamento. Lo stesso vale per le perizie fatte esperire da medici esterni (DTF 104 V 31; RAMI 1993 pag. 95). Le perizie affidate dagli organi dell'AI o dagli assicuratori privati, in sede di istruttoria amministrativa, a medici esterni o a servizi specializzati indipendenti, i quali fondano le proprie conclusioni su indagini approfondite e giungono a risultati concludenti, dispongono di forza probatoria piena, a meno che non sussistano indizi concreti a mettere in causa la loro credibilità (Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3b)bb; STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008; STFA I 462/05 del 25 aprile 2007 ). Occorre ancora evidenziare che l'allora TFA, in una decisione del 24 agosto 2006 concernente un caso di assicurazione per l'invalidità (I 938/05), ha evidenziato il valore probatorio delle opinioni espresse dai medici SMR nell'ambito dell'assicurazione per l'invalidità, sottolineando che in caso di divergenza tra il medico curante ed il medico SMR non è per principio necessario procedere ad una nuova perizia. In quell'occasione l'Alta Corte ha sviluppato la seguente considerazione: " 3.2 L'on ne saurait certes mettre sur le même pied un rapport d'expertise émanant d'un Centre d'observation médicale de l'AI (COMAI) - dont la jurisprudence a admis que l'impartialité et l'indépendance à l'égard de l'administration et de l'OFAS sont garanties (ATF 123 V 175) - et un rapport médical établi par le SMR; toutefois, cela ne signifie pas encore qu'en cas de divergence d'opinion entre médecins du SMR et médecins traitants, il est, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels précédemment énumérés (cf. consid. 3.1 supra). Il n'y a dès lors aucune raison d'écarter le rapport du SMR ici en cause ou de lui préférer celui du médecin traitant, pour le seul motif que c'est le service médical régional de l'AI qui l'a établi. Au regard du déroulement de l'examen clinique pratiqué par les médecins du SMR et du contenu de leur rapport, on ne relève, du reste, aucune circonstance particulière propre à faire naître un doute sur l'impartialité de ceux-ci. La recourante ne fait d'ailleurs rien valoir de tel." (...). Per quel che riguarda i rapporti del medico curante, secondo la generale esperienza della vita, il giudice deve tenere conto del fatto che, alla luce del rapporto di fiducia esistente con il paziente, il medico curante attesterà, in caso di dubbio, in favore del suo paziente (STF 8C\_828/2007 del 23 aprile 2008; DTF 125 V 353 consid. 3a)cc); Pratique VSI 2001 pag. 109 consid. 3a)cc; Meyer-Blaser , Rechtsprechung des Bundesgericht im Sozialversicherungsrecht, Zurigo 1997, pag. 230). L'Alta Corte, nella sentenza 9C\_142/2008 del 16 ottobre 2008 -concetto ribadito ancora nella STF 9C\_721/2012 del 24 ottobre 2012 in un caso ticinese -, per quanto riguarda le divergenze d'opinioni tra medici curanti e periti interpellati dall'amministrazione o dal giudice, ha precisato quanto segue: " (...) On ajoutera qu'en cas de divergence d'opinion entre experts et médecins traitants, il n'est pas, de manière générale, nécessaire de mettre en oeuvre une nouvelle expertise. La valeur probante des rapports médicaux des uns

et des autres doit bien plutôt s'apprécier au regard des critères jurisprudentiels (ATF 125 V 351 consid. 3a p. 352) qui permettent de leur reconnaître pleine valeur probante. A cet égard, il convient de rappeler qu'au vu de la divergence consacrée par la jurisprudence entre un mandat thérapeutique et un mandat d'expertise (ATF 124 I 170 consid. 4 p. 175; SVR 2008 IV Nr. 15 p. 43 consid. 2.2.1 et les références [arrêt I 514/06 du 25 mai 2007]), on ne saurait remettre en cause une expertise ordonnée par l'administration ou le juge et procéder à de nouvelles investigations du seul fait qu'un ou plusieurs médecins traitants ont une opinion contradictoire. Il n'en va différemment que si ces médecins traitants font état d'éléments objectivement vérifiables ayant été ignorés dans le cadre de l'expertise et qui sont suffisamment pertinents pour remettre en cause les conclusions de l'expert." (...). Infine, va ricordato che se vi sono dei rapporti medici contraddittori, il giudice non può evadere la procedura senza valutare l'intero materiale ed indicare i motivi per cui egli si fonda su un rapporto piuttosto che su un altro (STF 8C\_535/2007 del 25 aprile 2008, STFA I 462/05 del 25 aprile 2007). 2.9. Questo Tribunale, chiamato a verificare se lo stato di salute del ricorrente sia stato accuratamente vagliato dall'Ufficio AI prima dell'emanazione della decisione impugnata, dopo attenta analisi della documentazione medica agli atti non può che confermare l'operato dell'amministrazione, in quanto le problematiche ortopediche all'arto inferiore sinistro e psichiche sono state chiarite in modo soddisfacente dai periti che l'assicuratore infortuni ha nominato appositamente e i cui pareri sono stati richiamati e fatti propri dall'Ufficio AI. Anche la problematica cardiologica è stata debitamente indagata dal Servizio Medico Regionale, che ha raccolto la necessaria documentazione medica (docc. 69-74). Vanno quindi ritenute determinanti le conclusioni a cui è giunta lo specialista in chirurgia ortopedica e traumatologia dell'apparatore locomotore dr.ssa med. \_\_\_\_\_ nella visita di chiusura del 18 marzo 2016. A questo referto va dunque riconosciuta forza probatoria piena conformemente alla giurisprudenza esposta (cfr. consid. 2.8). A nulla valgono le lamentele del ricorrente sulla legittimità delle conclusioni che ha tratto l'Ufficio AI, a suo dire non corrette in assenza di un approfondimento medico delle sue condizioni di salute che egli aveva già rilevato nella sua opposizione (doc. 225 pag. 466) alla decisione del 6 marzo 2015 dell'assicuratore infortuni e che ha riproposto nelle sue osservazioni al progetto di decisione di soppressione della rendita di invalidità. Va qui rilevato che il più recente referto del 17 novembre 2016 (doc. C) prodotto dall'assicurato pendente causa è sostanzialmente identico ai precedenti rilasciati dal medesimo prof. dr. med. \_\_\_\_\_, già vagliati dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Inoltre, lo stesso è posteriore alla decisione impugnata, perciò il suo contenuto non può essere posto alla base del presente giudizio, a meno che esso riferisca di una situazione antecedente alla decisione contro cui l'assicurato ha ricorso. Infatti, conformemente alla consolidata giurisprudenza, il giudice delle assicurazioni sociali valuta la legittimità delle decisioni impugnate in base allo stato di fatto esistente al momento in cui la decisione litigiosa è stata presa (STF 9C\_443/2009 del 19 agosto 2009, consid. 2.2; DTF 132 V 215 consid. 3.1.1, DTF 109 V 179, DTF 107 V 5), quindi nell'agosto 2016. Ad ogni modo, in esito alla visita di controllo del 6 ottobre 2016, lo specialista di \_\_\_\_\_ ha accertato un decorso stabile senza possibilità di una nuova infezione della gamba, tanto che la cura antibiotica è stata interrotta. Egli ha pure affermato che l'attività di manovale non era più esercitabile, ma questo stato di fatto non è qui controverso, visto che anche la perita dell'assicuratore infortuni ha riconosciuto che l'assicurato è inabile al 100% come manovale. La diatriba fra le parti nasce dal grado di capacità lavorativa che la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ ha stabilito essere del 100% in attività leggere adeguate allo stato di salute del ricorrente. Su questo punto, però, il prof. dr. med.

\_\_\_\_\_ non si è pronunciato, perciò ai fini della concessione di una rendita di invalidità il parere del medico curante non può essere di aiuto all'assicurato. Neppure di aiuto può essere il certificato del 21 settembre 2016 (doc. B1) della dr.ssa med. \_\_\_\_\_ prodotto pendente causa dal ricorrente, che ha attestato semplicemente la (nota) presenza di un'ulcera di 3,5cm arrossata sulla gamba sinistra dell'assicurato, ma che, anch'ella, non si è pronunciata sulla capacità lavorativa residua dello stesso. Quanto al suo precedente referto del 9 giugno 2015 (doc. 223 pag. 448) trasmesso all'assicuratore infortuni a sostegno della propria opposizione e fatto valere anche in questa sede dal ricorrente, va innanzitutto rilevato che lo stesso è antecedente di nove mesi rispetto alla visita peritale di chiusura effettuata dalla dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Inoltre, esso è superato per quanto concerne l'attestazione dell'apertura della fistola al terzo inferiore della gamba sinistra, dato che alla visita medica del 18 marzo 2016 questa ferita era chiusa con tessuto granuloso fibrinoso. Questa stessa situazione è stata d'altronde riscontrata anche dal prof. dr. med. \_\_\_\_\_ nei suoi ultimi controlli dell'11 febbraio e del 6 ottobre 2016. Inoltre, la constatazione che l'autonomia e la performance motoria dell'interessato sono limitate nella posizione seduta per circa 30 minuti, che l'autonomia in stazione eretta era di qualche minuto e che la performance motoria e l'autonomia nella deambulazione con l'ausilio di stampelle era di circa 30-40 minuti su terreno pianeggiante, si scontra con l'opinione della chirurga ortopedica che in due occasioni ha visitato l'assicurato, non rilevando degli impedimenti nelle posizioni seduta ed eretta. A questa conclusione era peraltro giunta pure la dr.ssa med. \_\_\_\_\_ che, sempre per conto dell'assicuratore infortuni, ha valutato lo status psichico del ricorrente il 2 marzo 2016 e che ha rilevato che " Egli riesce a stare seduto per tutto il tempo senza problemi. " (doc. 225 pag. 529), laddove il colloquio era durato 60 minuti. In merito ai sollevati problemi di deambulazione, va evidenziato come la perita ortopedica abbia osservato che il percorso dalla sala d'attesa alla sala di consultazione è stato effettuato senza stampella e come la marcia fosse fluida, inizialmente con leggero Duchenne, poi senza Duchenne né zoppia. Oltre al miglioramento della flessione del ginocchio sinistro e al peggioramento di 3 gradi dell'arco di movimento della tibiotarsica sinistra, nel complesso la dr.ssa \_\_\_\_\_ nel marzo 2016 non ha rilevato un peggioramento rispetto alla visita medica effettuata l'8 agosto 2014. Lo stato ortopedico non era quindi peggiorato, perciò confermava la capacità lavorativa residua stabilita due anni prima (100%), fermo restando la serie di limitazioni funzionali allora individuate. L'esigibilità lavorativa così determinata è stata ripresa dal medico SMR nel suo rapporto finale del 30 giugno 2015 e, come detto, ribadita dalla specialista incaricata dall'assicuratore infortuni nel suo secondo rapporto del 22 marzo 2016. Stante quanto precede, contrariamente a quanto evidenziato dall'assicurato, la situazione è chiara, perciò non v'è motivo di dare seguito alla pretesa ricorsuale di sottoporlo nuovamente a un esame medico retrocedendo gli atti all'Ufficio AI. Per di più, in virtù della regola secondo cui il principio inquisitorio che regge la procedura davanti al Tribunale delle assicurazioni non è incondizionato, ma trova il suo correlato nell'obbligo delle parti di collaborare, quest'obbligo non può tradursi in una mera contestazione della presa di posizione di controparte senza addurre degli elementi oggettivi - segnatamente di natura medica - a sostegno delle proprie argomentazioni. Non è dunque sufficiente lasciare all'autorità giudiziaria rispettivamente all'amministrazione l'onere di determinare le condizioni di salute dell'assicurato attuando un nuovo esame medico rispettivamente richiamando dei referti medici - magari addirittura in possesso dell'interessato medesimo -, quando alla base della lamentela del ricorrente vi sono (solo) affermazioni di carattere soggettivo riguardo ad un presunto peggioramento del suo stato di salute (STCA 32.2016.45

del 10 marzo 2017; STCA 32.2015.120 del 2 agosto 2016; STCA 32.2015.76 dell'8 marzo 2016; STCA 32.2015.69 del 19 febbraio 2016; STCA 32.2014.187 del 22 settembre 2015; STCA 32.2014.125 dell'8 luglio 2015; STCA 32.2014.16 del 18 giugno 2014; STCA 32.2012.315 del 30 settembre 2013; STCA 32.2012.299 del 10 settembre 2013; STCA 32.2012.243 del 27 maggio 2013; STCA 36.2012.67 dell'11 febbraio 2013 confermata dalla STF 9C\_185/2013 del 17 aprile 2013; STCA 32.2008.206 del 15 giugno 2009; STCA 32.2008.178 del 10 giugno 2009; STCA 32.2007.207 del 9 giugno 2008). L'insorgente, rinviando semplicemente a dei referti del 2015 già vagliati sia dall'assicuratore infortuni sia dall'Ufficio AI come pure ai più recenti certificati del 21 settembre e del 17 novembre 2016, sostenendo che alla luce di questa documentazione la situazione non corrisponderebbe alle conclusioni tratte dalla dr.ssa \_\_\_\_\_ e quindi alle sue reali condizioni di salute, con ciò pretendendo quindi l'espletamento di nuovi accertamenti medici, è venuto meno al suo obbligo di comprovare le sue allegazioni. Esso si è limitato a contestare la valutazione e l'agire dell'Ufficio assicurazione invalidità che non avrebbe sufficientemente vagliato le sue condizioni alla luce dei summenzionati referti medici. Per contro, l'assicurato non ha saputo comprovare le sue lamentele, visto che né il rapporto della dr.ssa \_\_\_\_\_ né quello del dr. med. \_\_\_\_\_ forniscono un quadro clinico che comprovi un peggioramento dello stesso, ma attestano soltanto da un lato la presenza di un'ulcera arrossata nella gamba sinistra, condizione già nota da anni, e dall'altro lato che la sua capacità lavorativa nell'attività precedente è nulla, ciò che però non è mai stato contestato dall'amministrazione. In merito all'affermazione di quest'ultimo specialista sulla opportunità a che l'assicurato continui a percepire una rendita dall'assicurazione invalidità, espressa il 17 novembre 2016, va rilevato che tale parere esula dalle sue competenze. Infatti, in merito al compito del medico, va rilevato che esso può esprimere soltanto un giudizio medico sulle condizioni di salute di un assicurato, indicare in quale misura e in quali attività l'assicurato è incapace al lavoro come pure fornire un importante elemento di giudizio per determinare quali lavori siano ancora ragionevolmente esigibili dall'assicurato (STF 9C\_707/2016 del 1° dicembre 2016). Il medico non può invece pronunciarsi anche sul grado di invalidità, visto che la determinazione del grado AI è il risultato di un puro calcolo economico che spetta al consulente in integrazione professionale sulla scorta delle indicazioni e limitazioni mediche; quest'ultimo valuta infatti quali attività professionali siano concretamente ipotizzabili. Spetta quindi al consulente, e non al medico, avuto riguardo alle indicazioni sanitarie, valutare l'esigibilità e la possibilità per l'assicurato di cercare un nuovo impiego su un mercato equilibrato del lavoro e a proposito degli elementi da prendere in considerazione (DTF 125 V 256 consid. 4; RtiD II-2008 pag. 274; Meyer-Blaser, Rechtsprechung des Bundesgerichts zum IVG, pag. 228 seg.). In concreto, quindi, non spettava al medico curante giudicare il grado di invalidità da attribuire all'assicurato, questo compito spettando, essendo di carattere economico e non medico, al consulente in integrazione professionale (docc. 94 e 98). Pertanto, del certificato del 17 novembre 2016 occorre tenere presente unicamente il parere strettamente medico fornito dallo specialista della \_\_\_\_\_ sul grado di capacità lavorativa dell'assicurato nella sua precedente attività lavorativa quale manovale. Tuttavia, come già indicato, egli non ha determinato l'abilità dell'assicurato in altre attività adatte al suo stato di salute, perciò la sua valenza è soltanto parziale. In altre parole, alla luce di quanto esposto, va osservato che il medico di \_\_\_\_\_, che da alcuni anni segue l'assicurato, non ha affermato né comprovato che lo stato di salute del ricorrente fosse peggiore di quello accertato nel marzo 2016 dalla collega dr.ssa med. \_\_\_\_\_. Ad ogni modo, queste affermazioni non sono

atte a tutelare la tesi del ricorrente. E ciò neppure se il prof. dr. med. \_\_\_\_\_ ha esaminato lo stato di salute del suo paziente successivamente alla valutazione della specialista interpellata dall'assicuratore infortuni. Addirittura ciò è avvenuto in un momento più prossimo all'emanazione della decisione impugnata (giugno e ottobre 2016). Questo Tribunale evidenzia, inoltre, che nei suoi ultimi tre referti di febbraio, giugno e ottobre 2016 il summenzionato medico ha riscontrato delle condizioni di salute identiche dell'assicurato, quindi senza alcun peggioramento dal 12 novembre 2015 in poi ma, anzi, un miglioramento nella guarigione della ferita alla gamba sinistra tanto che ha sospeso la terapia antibiotica. Infine, va rilevato che il ricorrente non ha sollevato degli elementi extra-infortunistici per comprovare un peggioramento del suo stato di salute. Pertanto, a maggior ragione non v'è alcun motivo di discostarsi dalla perizia allestita il 22 marzo 2016 dalla dr.ssa med.

\_\_\_\_\_ per conto dell'assicuratore infortuni e tanto meno è necessario effettuare ulteriori accertamenti medici. Il tali circostanze le lagnanze dell'assicurato, non circostanziate, devono essere respinte, siccome prive di sostrato medicalmente oggettivabile. Il TCA fa dunque proprie le conclusioni formulate dall'Ufficio AI nella determinazione dell'incapacità lavorativa del ricorrente, ritenendolo quindi inabile al lavoro al 100% dal 29 ottobre 2010 come manovale edile per i sopraggiunti problemi alla gamba sinistra rispettivamente abile al 100% dall'8 agosto 2014 in attività adeguate che rispettino i limiti funzionali posti dalla perita. 2.10. Stante quanto precede, poiché l'aspetto economico non è stato contestato come tale dall'assicurato, ciò porta il TCA a non verificare oltre il calcolo effettuato dall'Ufficio AI e dunque a ritenere un grado di invalidità del 17% dall'8 agosto 2014, grado stabilito tenendo presente un'abilità lavorativa residua del 100% in altre attività lucrative e percentuale che non è però sufficiente per avere diritto a una rendita di invalidità (art. 28 cpv. 2 LAI). Ne discende che a decorrere dal primo giorno del secondo mese che segue la notifica della decisione (art. 88bis cpv. 2 lett. a OAI) la rendita intera riconosciuta all'assicurato dal 1° aprile 2012 decade. Di conseguenza, è a giusta ragione che dal 1° ottobre 2016 il ricorrente non ha più diritto al riconoscimento di una rendita intera di invalidità. La decisione impugnata deve pertanto essere confermata e il ricorso integralmente respinto. Al riguardo è comunque utile rilevare che il potere cognitivo del TCA è limitato alla valutazione della legalità della decisione deferitale sulla base dei fatti intervenuti fino al momento in cui essa è stata emanata (DTF 121 V 366; U 29/04 dell'8 novembre 2005). Un eventuale aggravamento dello stato di salute dell'assicurato intervenuto in epoca posteriore alla decisione impugnata può, se del caso, giustificare una nuova domanda (STFA I 816/02 del 4 maggio 2004; STF I 560/05 del 31 gennaio 2007).

2.11. Secondo l'art. 29 cpv. 2 LPTCA e l'art. 69 cpv. 1bis LAI, la procedura di ricorso in caso di controversie relative all'assegnazione o al rifiuto di prestazioni AI dinanzi al tribunale cantonale delle assicurazioni è soggetta a spese. L'entità delle spese è determinata fra Fr. 200.- e Fr. 1'000.- in funzione delle spese di procedura e senza riguardo al valore litigioso (DTF 133 V 402; STF 9C\_156/2009 del 7 aprile 2009; STF 8C\_393/2008 del 24 settembre 2008). Visto l'esito della vertenza, le spese per complessivi Fr. 500.-vanno poste a carico dell'insorgente. Quest'ultimo ha tuttavia chiesto di essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria con il gratuito patrocinio. Di principio, anche se un assicurato è soccombente, può essere posto al beneficio dell'assistenza giudiziaria sempre che adempia alle relative condizioni (DTF 124 V 301 consid. 6). L'art. 28 cpv. 2 Lptca stabilisce che la disciplina della difesa d'ufficio e del gratuito patrocinio è retta dalla Legge sull'assistenza giudiziaria e sul patrocinio d'ufficio (LAG). L'art. 2 LAG definisce il principio secondo cui l'assistenza giudiziaria garantisce a chi non dispone dei mezzi per assumersi gli oneri della

procedura o le spese di patrocinio la possibilità di tutelare i suoi diritti davanti alle autorità giudiziarie e amministrative. L'estensione di questo diritto è regolato dall'art. 3 LAG, che prevede che: " 1 L'assistenza giudiziaria si estende: - all'esenzione dagli anticipi e dalle cauzioni; - all'esenzione dalle tasse e spese processuali; - all'ammissione al gratuito patrocinio. 2 L'assistenza giudiziaria è concessa, su istanza, integralmente o in parte; se ne sono dati i presupposti, l'autorità è tenuta ad accordarla in modo parziale. 3 Essa è esclusa se la procedura non presenta possibilità di esito favorevole per l'istante.". I presupposti (cumulativi) per la concessione dell'assistenza giudiziaria sono in principio dati se l'istante si trova nel bisogno, se l'intervento dell'avvocato è necessario o perlomeno indicato e se il processo non è palesemente privo di esito positivo (DTF 125 V 202 consid. 4a, 372 consid. 5b e riferimenti). In particolare, il requisito della probabilità di esito favorevole difetta quando le possibilità di vincere la causa sono così esigue che una persona di condizione agiata, dopo ragionevole riflessione, rinuncerebbe ad avviare una causa o a continuarla in considerazione delle spese cui si esporrebbe (STF I 562/05 del 12 febbraio 2007; DTF 129 I 135, consid. 2.3.1, DTF 128 I 236 consid. 2.5.3; DTF 125 II 275, consid. 4b; DTF 119 Ia 251; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 492, n. 1). A tal proposito, si osserva che per valutare la probabilità di esito favorevole non si deve adottare un criterio particolarmente severo: è infatti sufficiente che, di primo acchito, il gravame non presenti notevolmente meno possibilità di essere ammesso che di essere respinto, ovvero che non si debba ammettere che un ricorrente ragionevole non lo avrebbe finanziato con i propri mezzi (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304, consid. 2c). Inoltre, quando le prospettive di successo ed i rischi di perdere il processo si eguagliano o le prime sono soltanto leggermente inferiori rispetto ai secondi, le domande non possono essere considerate senza esito favorevole (DTF 125 II 275; DTF 124 I 304 consid. 2c; DTF 122 I 267 consid. 2b; Cocchi/Trezzini, op. cit., ad art. 157, pag. 491, nota 591). Nel caso concreto, alla luce delle considerazioni esposte il ricorso era sin dall'inizio sprovvisto di esito favorevole. L'insorgente non ha infatti comprovato mediante specifica documentazione medica che il suo stato di salute era peggiore rispetto a quello stabilito dall'assicuratore infortuni. Egli si è limitato ad esprimere delle considerazioni personali sul suo stato di salute, tuttavia non apportando alcuna prova a sostegno di queste tesi. Come visto, i certificati medici richiamati e quelli adottati in sede di ricorso attestano una situazione clinica sia superata dal miglioramento del suo stato di salute sia, rispettivamente, non gli sono di alcun aiuto. Facendo quindi difetto uno dei tre presupposti cumulativi necessari per ottenere l'assistenza giudiziaria, non occorre verificare oltre l'adempimento delle altre due condizioni. Non si fa quindi luogo alla concessione dell'assistenza giudiziaria.

Export aus OpenCaseLaw (CC0). Verbindlich ist allein der vom erlassenden Gericht veröffentlichte Originaltext. Quellen-URL siehe oben.